



**Bitte bei Bedarf ausgefüllt zurück an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europa Allee 90  
60486 Frankfurt  
[arztregister@kvhessen.de](mailto:arztregister@kvhessen.de)  
Fax: 069 24741- 68846

**Hinterlegung einer Abrechnungsanschrift für die BSNR im Ärztlichen  
Bereitschaftsdienst**

**BSNR:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_



Honorarunterlagen für die Tätigkeit im ÄBD werden an die Privatanschrift versendet.  
**Falls gewünscht**, kann zusätzlich eine Abrechnungsanschrift hinterlegt werden:

**Abrechnungsanschrift:**

**Praxisname**

\_\_\_\_\_

**Name**

\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner oder Adresszusatz (sofern vorhanden)**

\_\_\_\_\_

**Straße**

\_\_\_\_\_

**PLZ und Ort**

\_\_\_\_\_